

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 590

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre MOISNARD

Né le 14 Mai 1905, à REZÉ (Loire-Inférieure)

De l'Ovariectomie Bilatérale
(pour Kystes Ovariens)
au Début de la Grossesse

Président : Monsieur BRINDEAU, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

DE L'OVARIOTOMIE BILATÉRALE
(pour kystes ovariens)
AU DÉBUT DE LA GROSSESSE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre MOISNARD

Né le 14 Mai 1905, à REZÉ (Loire-Inférieure)

De l'Ovariectomie Bilatérale
(pour Kystes Ovariens)
au Début de la Grossesse

Président : Monsieur BRINDEAU, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et Thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie et thérapeutique et climatologie
 Clinique médicale
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses
 Clinique chirurgicale
 Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Professeur sans chaire ..

ROUVIERE.
 GREGOIRE.
 BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOIN.
 CLERC.
 LENORMANT.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 Maur. VILLARET.
 CARNOT.
 BEZANÇON.
 ACHARD.
 Marcel LABBE.
 LEREBOULLET.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.
 DELBET.
 CUNEO.
 N..
 GOSSET.
 TERRIEN.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Léon BERNARD.
 SERGENT.
 MAUCLAIRE.
 MULON.

II. — Agrégés en exercice

M.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychia-
 trie.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULE Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-
 BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ...	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
VAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
BERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphigraphie.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) ..	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUÉNIOT.....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547506_0073

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR PIERRE MOISNARD

Accoucheur des Hôpitaux de Nantes

Professeur au Cours départemental d'Accouchements

Qui fut mon premier et meilleur
maître.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. .

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien suppléant des Hôpitaux de Nantes

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé de ses conseils. En té-
moignage de reconnaissance pour ses
précieux enseignements et sa bien-
veillance.

A NOS MAITRES, MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BAHUAUD

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Dont nous avons été l'élève et l'aide
d'anatomie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUVIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MONNIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAGNARY

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MIRALLIE (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTIER

Dont nous avons été l'élève.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUSTAVE BUREAU

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAGNARY

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MEIGNEN

Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe.

MONSIEUR LE DOCTEUR U. MONNIER (*In Memoriam*)

Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe et l'interne.

MONSIEUR LE DOCTEUR COULONJOU

MONSIEUR LE DOCTEUR GENDRON (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR GROSSE (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR H. LERAT

MONSIEUR LE DOCTEUR FAVREUL

MONSIEUR LE DOCTEUR PICCHAT

Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne.

Témoignage de notre reconnais-
sance.

DE L'OVARIOTOMIE BILATÉRALE

(pour kystes ovariens)

AU DÉBUT DE LA GROSSESSE

Introduction

La coexistence de kystes de l'ovaire et d'une grossesse, la torsion de leurs pédicules à l'occasion de la gravidité ont été souvent signalés.

L'ovariotomie double a été pratiquée un assez grand nombre de fois aux différentes périodes de la grossesse, avec évolution normale de l'œuf.

Il nous a cependant paru intéressant de rappeler ces faits à l'occasion d'une observation d'ovariotomie bilatérale, pratiquée au cours du deuxième mois de la grossesse, observation d'autant plus frappante qu'il s'agit d'une jeune femme syphilitique qui n'avait pu mener à terme deux grossesses antérieures et a pu cette fois, malgré l'intervention, mettre au monde un enfant arrivé à la fin du neuvième mois de vie intra-utérine.

Observation clinique

(Due à l'obligeance de M. le Professeur LEROUX.)

Il s'agit d'un cas d'ovariotomie double pratiquée à un mois et demi de grossesse chez une femme syphilitique traitée. Grossesse sans incident, terminée par un accouchement normal, à terme.

Mme P... est amenée d'urgence à l'Hôtel-Dieu, le 16 août 1931. Le docteur Leroux est appelé à l'examiner comme chirurgien de garde. Il s'agit d'une femme de 22 ans, vigoureuse. Depuis quelques jours elle souffre du bas-ventre et voit son abdomen augmenter de volume, il devient en même temps de plus en plus dur et douloureux. Cette jeune femme est enceinte : ses dernières règles datent du 15 au 18 juin. Elle raconte avoir contracté la syphilis, avoir eu des réactions de Wassermann positives et avoir été suivie au dispensaire antivénérien où elle a subi plusieurs séries de traitement. (Elle présentait, en effet, en août 1928, des réactions de Wassermann, Bauër-Hecht, Jacobsthal fortement positives (+ + + +), elle a subi à cette époque plusieurs séries de Rhodarsan.)

Elle a déjà eu deux grossesses : la première s'est terminée le 27 juillet 1928 par un accouchement pré-

maturé à 7 mois et demi, l'enfant est mort au 13^e jour. (Il présentait une éruption pemphigoīde.)

La deuxième prit fin le 6 octobre 1930 par une fausse couche de deux mois et demi.

Le syndrome douloureux abdominal s'étant aggravé, un médecin consulté, dirigea la malade à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée à l'hôpital, elle vomit et présente un facies grippé.

L'état abdominal frappe dès l'abord : la région sous-ombilicale de l'abdomen est distendue de façon asymétrique par une masse volumineuse qui saille surtout dans la fosse iliaque et le flanc gauches. Le palper est douloureux, la masse perçue est arrondie, très tendue et mate à la percussion. L'utérus est gravide. Devant un tel tableau clinique, s'agit-il d'un fibrome nécrosé ou d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu ? Le diagnostic de probabilité est celui de kyste ovarien.

On opère par laparotomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale. Le péritoine renferme un épanchement séreux. A gauche, on trouve bien le kyste de l'ovaire tordu ; il présente deux tours de son pédicule dans le sens des aiguilles d'une montre.

La tumeur kystique est elle-même d'un noir violacé, du volume d'une tête de fœtus à terme. On l'excise par section et ligature du pédicule.

A droite, surplombant l'utérus, existe un autre kyste ovarien que le palper n'avait pas révélé. Ce kyste n'est pas altéré, mais il a envahi tout le tissu ovarien, le corps jaune y est étalé. Ce kyste est également excisé.

L'intervention a permis de vérifier l'état de gravité de l'utérus qui correspond à un mois et demi de grossesse.

Les kystes sont des kystes dermoïdes.

Les suites opératoires ont été simples. Avant le départ de la malade, on a fait reprendre le traitement anti-syphilitique négligé depuis un an.

La malade a été examinée pendant toute la durée de sa grossesse à la consultation prénatale de la Maison de la Mère. Elle a suivi très fidèlement les consultations du Dispensaire anti-syphilitique où elle a été de nouveau soumise à un traitement de Rhodarsan, qu'elle a toujours très bien supporté sans accidents (séries de 4 gr. 35, début par 0 gr. 30, dernières injections de 0 gr. 75). Toute la grossesse a évolué d'une manière physiologique.

Le 10 mars 1932, elle entre à la Maternité clinique avec un début de travail, elle est à peu près à terme. L'accouchement a lieu spontanément le 10 mars 1932, à 3 h. 15, après 25 minutes d'expulsion.

La délivrance s'est faite normalement, 20 minutes après.

L'enfant, une fille de 3 kilos 610, mesure 50 cent. Le placenta, d'aspect normal, pèse 610 grammes. Un peu lourd pour le poids de l'enfant.

Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier; la montée laiteuse s'est effectuée normalement. L'enfant est, depuis, nourri exclusivement au sein.

L'allaitement a été parfait pendant toute la première année. La mère s'est montrée une nourrice ex-

cellente, avec une abondance remarquable de la sécrétion lactée.

Son enfant a été suivi à la consultation de nourrissons de la Maison de la Mère. Son développement statural et pondéral a été en tous points satisfaisant.

Plusieurs points de cette observation méritent de retenir notre attention.

1° Existence antérieure à la grossesse de kystes bilatéraux des ovaires ;

2° Torsion de l'un de ces kystes à l'occasion d'une grossesse, et au début de celle-ci ;

3° Ovariectomie double n'interrompant pas le développement normal de l'œuf chez une femme prédisposée à l'avortement puisque syphilitique ;

4° Montée laiteuse apparaissant normalement comme date et comme quantité.

CHAPITRE PREMIER

Kystes de l'ovaire préexistant à la grossesse

Des tumeurs de l'ovaire observées au cours de la grossesse, les kystes sont les plus communes et, parmi eux, les kystes dermoïdes : 18 % pour Jetter, 27 % pour Puech et Vanverts, 36 % pour Maygrier. La cause de cette fréquence semble provenir du fait que ces tumeurs passent moins souvent inaperçues au cours de la grossesse et de l'accouchement qu'en dehors de celles-ci.

Les lésions sont souvent bilatérales (10 % des cas pour Puech). Leur siège est variable : abdominales ou pelviennes. Les kystes à développement abdominal seront le plus prédisposés aux accidents de torsion. Ce sont eux qui nous intéressent. Les kystes à développement pelvien seront plutôt un obstacle au moment de l'accouchement.

L'existence de tumeurs kystiques de l'ovaire ou du parovaire n'empêchent pas, comme le montre notre observation, la fécondation ; mais elle semble en di-

minuer les chances surtout dans le cas de tumeurs bilatérales.

La possibilité de conception, s'explique, d'ailleurs, très bien par la persistance d'une masse suffisante de tissu ovarien. Il suffit, en effet, d'un seul follicule de de Graaf, venant à maturité normale, pour permettre la fécondation.

CHAPITRE II

Torsion du pédicule du kyste à l'occasion de la grossesse

Si l'augmentation du volume des kystes ovariens au cours de la grossesse n'est pas constante, la torsion de leur pédicule est nettement favorisée par l'état de gravidité. Elle se produirait dans 17 % des cas au lieu de 5 à 14 % en dehors de la grossesse ; plus fréquente dans les kystes dermoïdes (14 %) que dans les kystes muqueux (9 %).

Intéressant surtout les tumeurs mobiles, par conséquent celles qui sont de petit volume et qui occupent la cavité abdominale. Cette torsion se produit le plus souvent, comme c'est le cas chez notre malade, dans la première moitié de la grossesse.

Les symptômes les plus fréquents et les plus régulièrement rencontrés au cours de cet accident sont, pour Helvestine, la douleur vive et le plus souvent localisée au niveau de l'ovaire, accompagnée de nausées et de vomissements, la distension abdominale, la contracture et la sensibilité de la paroi, enfin l'état de schock dans lequel se trouve toujours la malade.

D'autre part, la toxicité du liquide des kystes tordus

serait beaucoup plus grande que celle des non tordus. La péritonite plastique accompagnerait presque toujours les phénomènes de torsion, elle serait de caractère toxique ou par irritation. D'autre part, il ne faut pas oublier que certains kystes ovariens contiennent un liquide plus ou moins septique. Il n'est pas impossible que des transudations microbiennes s'effectuent à travers la paroi kystique, directement sur le péritoine.

Les erreurs de diagnostic les plus fréquentes en présence d'un tel syndrome sont pour les cas aigus : La péritonite appendiculaire et surtout la rupture de grossesse ectopique. Pour les cas chroniques : l'appendicite chronique, les salpingo-ovarites et le fibrome nécrosé. Le diagnostic du cas qu'il nous a été donné d'étudier ne s'est pas présenté avec de très grosses difficultés : La malade était enceinte, certainement, elle présentait une masse abdominale très volumineuse, irrégulière, latéralisée à gauche. Le syndrome douloureux pouvait dans ce cas particulier s'interpréter comme une complication gravidique et surtout comme une tumeur compliquant la grossesse. Le diagnostic se restreignait donc entre les hypothèses de fibrome gravidique altéré et de kyste de l'ovaire tordu. Le début très aigu, la consistance dure, la sensibilité extrême, permettaient de rejeter le diagnostic de fibrome nécrosé. Les travaux récents sur la nécrobiose des fibromes gravidiques ont bien éclairci cette question. (Travaux de Brindeau, Bégouin, Lecène, Essen Möller, Sequand, Taylor, Treub, Leroux, G. Labey). Cliniquement, ces nécrobioses se caractérisent par des

formes d'acuité variable parmi lesquelles dominent cependant les cas à évolution subaiguë. Il semble, en tout état de cause, que les sujets touchés sont surtout des femmes au delà de 30 ans, porteuses d'utérus volumineux, irréguliers, bosselés. Le ou les fibromes se présentent comme surajoutés à l'utérus, plus souvent sessiles que pédiculés ; ils sont en général ramollis et leur sensibilité est assez vive : peu intense au repos, la douleur augmente très manifestement par le palper et par la marche ou toutes les causes susceptibles de secouer ou mobiliser l'utérus.

A l'inverse de ce tableau clinique, la torsion du kyste ovarien se présente avec un syndrome franchement aigu : d'un seul coup, la femme bien portante jusque-là ressent une douleur d'une extrême violence dans le ventre, douleur parfois syncopale des grands drames abdominaux. On songerait ici beaucoup plus à un ileus par strangulation qu'à une inflammation péritonéale (salpingite ou appendicite) ou même à une pyélonéphrite. Le diagnostic s'établit par la constatation de la tumeur, dure, ronde, plus ou moins mobile, et la mise en évidence de son indépendance de l'utérus. Enfin l'absence complète de signes d'hémorragie interne et l'absence de douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas faisaient éliminer facilement le diagnostic de grossesse ectopique rompue.

CHAPITRE III

Rôle du corps jaune Ovariectomie bilatérale au cours de la grossesse

Les expériences de Frankael, Dubreuil et Regaud, Ancel et Bouin, Niskoubina, Mulon, etc., ont montré que le corps jaune, par sa sécrétion interne, exerce une influence importante sur la gestation :

Pendant la période prégravidique, il produit la congestion prémenstruelle, c'est-à-dire l'hyperhémie et l'hypertrophie de la musculeuse et de la muqueuse utérines, conditions nécessaires à la fixation de l'œuf fécondé.

Mais l'action du corps jaune ne se borne pas à préparer l'utérus à recevoir le fruit, il va conserver pendant un certain temps la muqueuse utérine dans un état de congestion indispensable au développement de l'œuf.

Cette action, Frankael et Cohn l'ont montrée ; en cautérisant le corps jaune chez les lapines, ils interrompaient la gravidité à condition qu'ils interviennent dans les 14 premiers jours qui suivent la fécondation. Après le 14^e jour, la suppression du corps jaune reste

sans effet sur la gestation qui continue son évolution normale jusqu'à terme.

Mandl prétend que ces avortements sont dus aux traumatismes et dès 1904 il apporte 30 cas d'ovariotomie double chez des femmes, au cours de la grossesse ; 24 fois la grossesse a évolué malgré l'opération double. Dans 6 cas seulement elle a été interrompue.

L'opérée d'Essen Möller subit, le 6 septembre, l'ablation de deux ovaires kystiques dont l'un portait le corps jaune, et accouche à terme le 8 juin.

Mme Mulon réunit dans sa thèse 19 observations où la castration avait été effectuée dans l'espace des sept premières semaines et ne note aucune interruption de grossesse.

Le Professeur Grosse (de Nantes) réunit, en 1912, 52 cas d'ovariotomie bilatérale pendant les quatre premiers mois de la grossesse. En éliminant un cas où la mort de la femme eut lieu 42 heures après l'opération, nous trouvons 7 cas d'interruption de grossesse sur 51 ovariectomies bilatérales, soit une proportion globale de 13,7 %.

Si les observations de la clinique humaine ne concordent pas avec les expériences de Laboratoire, il est à remarquer cependant que l'expulsion du fœtus est plus fréquente dans l'ovariotomie double, où l'ablation du corps jaune est presque inévitable, que dans l'ovariotomie unilatérale.

D'autre part, elle se produit le plus souvent dans les deux premiers mois de la grossesse, époque où le corps jaune présente son maximum d'activité, que dans le troisième et le quatrième.

La statistique de Puech et de Vanverts, au Congrès de Lille, donne 11,5 % d'interruption de la grossesse dans les trois premiers mois, contre 3 % seulement le quatrième mois dans l'ovariotomie unilatérale, alors que dans l'ovariotomie double, elle est de 25 % les deux premiers mois, 11 % le troisième, 12 % le quatrième.

La statistique du Professeur Grosse donne une proportion décroissante de 16 % d'interruptions de grossesse les deux premiers mois de la gestation, contre 18 % le troisième mois et 10 % le quatrième, ce qui ferait penser que cette différence est en corrélation avec l'action du corps jaune gravidique et que si chez la femme cette action est moins constante et moins nécessaire que les expériences des physiologistes le laissaient supposer, elle n'est cependant pas négligeable.

Comme le dit Schickelé, dans son rapport présenté au quatrième Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française : « L'importance du corps jaune pour la nidation de l'œuf fécondé et sa nutrition jusqu'à la moitié de la grossesse est bien établie chez la lapine, probablement aussi chez la chienne et la cobaye. Chez la femme, un certain rapport entre le corps jaune et l'état de la muqueuse qui assure la nidation de l'œuf, paraît probable par analogie, mais ne saurait être établi aujourd'hui en règle générale. »

Cette conclusion paraît devoir être retenue comme caractérisant, dans l'état actuel de nos connaissances le rôle du corps jaune sur le développement de l'œuf dans les premières semaines. Dans le cas qu'il nous a

été donné de suivre de près, étant donné qu'il s'agissait d'une grossesse de six semaines, nous ne pouvons parler de la nidation de l'œuf, effectuée depuis longtemps ; il est donc légitime, en toute hypothèse, de penser que le corps jaune gravidique n'aurait pas d'action sur le développement de la grossesse au delà des phénomènes initiaux de la nidation.

Notre observation prouve, après un certain nombre d'autres, que, à partir de six semaines, la grossesse peut se développer parfaitement malgré sa suppression radicale.

OBSERVATIONS. — *Ovariectomies dans les deux premiers mois de la grossesse.*

Bosée. — Ovariectomie double 58 jours après les dernières règles. Accouchement à terme.

Brothers. — Ovariectomie double à la 7^e semaine. Accouchement à terme.

Doleris. — Ablation au cours du deuxième mois de gestation d'un ovaire kystique chez une femme qui, deux ans auparavant, avait subi l'ablation du premier pour grossesse tubaire.

Essen Moeller. — Ablation des deux ovaires dès le début de la grossesse. Accouchement à terme.

Mme Glissenoler. — Ovariectomie double avant tout retard de règles (grossesse ignorée). Accouchement à terme.

Von Græfe. — Ovariectomie double au cours du deuxième mois. Accouchement à terme.

Kahn. — Ovariectomie double au bout du deuxième mois. Accouchement à terme.

Kosminski. — Ovariectomie double six semaines après les règles. Accouchement 249 jours après l'opération.

Kustner. — Ovariectomie double au 2^e mois. Continuation de la grossesse.

Landau. — Ovariectomie au 2^e mois. Continuation de la grossesse.

Lowenberg. — Ovariectomie au 2^e mois. Continuation de la grossesse.

Lucas Championnière. — Ablation des deux ovaires à la 6^e semaine. Accouchement à terme.

Meredith. — Ovariectomie double au début du 2^e mois. Accouchement à terme.

Orgler. — Ovariectomie double au début du 2^e mois. Avortement.

Potter. — Ovariectomie double au début de la grossesse. Accouchement à terme.

Smith. — Ovariectomie double dès le début de la grossesse. Accouchement 276 jours après l'intervention.

Thring. — Ovariectomie double au 2^e mois. Accouchement à terme.

Weit. — Ovariectomie double au 2^e mois. Accouchement à terme.

Weller. — Ovariectomie double au 2^e mois. Accouchement à terme.

Cathala. — Ovariectomie double 62 jours après les dernières règles. Accouchement 8 mois après.

Dsinne. — Cinq cas d'ovariectomie double au cours du 2^e mois avec accouchements à terme.

Le cas d'Essen Moeller : Accouchement 269 jours après la castration, celui de Laptorn Smith : Accouchement 276 jours après la castration; celui de Mme Glissenoller qui intervient avant tout retard de règles sont les plus saisissants. Il est bien évident que le corps jaune n'avait pu intervenir ici dans la nidation de l'œuf.

CHAPITRE IV

Corps jaune et allaitement

Le mécanisme de la sécrétion lactée et les causes de son apparition ont de tout temps retenu l'attention des médecins et suscité des expériences nombreuses, mais le problème du déterminisme de l'évolution mammaire n'a été étudié d'une façon réellement scientifique que depuis un temps relativement court. En particulier par Lane Clypton et Starling, puis plus récemment par Bouin et Ancel, de Nancy, en 1911. Ces deux auteurs arrivent aux conclusions suivantes:

Chez la femme, on observe des poussées mammaires dues à l'apparition de corps jaunes périodiques au cours des périodes menstruelles, c'est-à-dire du début de la puberté jusqu'à la fin de la vie génitale.

Pendant la grossesse, le corps jaune n'agit sur la mamelle qu'au début de la grossesse ; c'est grâce à lui que la mamelle acquiert le matériel cellulaire dont elle a besoin et c'est seulement alors qu'une autre cause intervient pour le faire sécréter.

Le corps jaune gravidique ayant une période d'activité plus longue que celle du corps jaune périodique,

son action sur la mamelle sera beaucoup plus marquée.

Le corps jaune sécréterait donc une hormone essentiellement cinétogène, incapable de faire apparaître la sécrétion ; celle-ci serait soumise à une autre hormone déversée dans le sang maternel pendant la deuxième partie de la gestation ; peut-être réside-t-elle au sein de ce que ces auteurs appellent « la glande myométriale ».

D'autre part, l'action du corps jaune sur la mamelle étant extrêmement puissante et rapide, même dans les cas où une castration a lieu très tôt après la fécondation, la mamelle a pu accumuler un matériel cellulaire assez considérable et pourra donner du lait à la naissance du fruit.

La période d'activité du corps jaune ayant été abrégée, le matériel cellulaire sera moins abondant, mais sécrètera comme à l'habitude. En somme, le lait apparaîtra dans la mamelle, mais en quantité inférieure à la normale.

Notre observation apporte un fait en opposition avec cette conclusion. Chez notre malade, la montée laiteuse s'est produite normalement, la quantité de lait sécrété était abondante, l'enfant, dont le poids de naissance était de 3 k. 610, a été nourri exclusivement au sein.

A un mois, il pesait 4 kgs 100.

A 2 mois, il a atteint 5 kgs. (Augmentation de poids de 400 grammes en 15 jours.)

Il semble donc que l'action du corps jaune sur la

glande mammaire soit terminée avant la fin du 2^e mois de la grossesse et que sa suppression, loin de diminuer la sécrétion lactée, l'aurait plutôt favorisée. Chez notre jeune femme, en effet, la quantité de lait a été supérieure à la normale et à aucun moment il n'a été nécessaire de pratiquer l'allaitement mixte.

Intervention

Principe

Le diagnostic d'intervention sera une question d'urgence : qu'il s'agisse de la rupture ou plus souvent de la torsion du pédicule d'un kyste ovarien.

Une fois pratiquée l'ablation de ce kyste, deux raisons pourront faire qu'il y aura castration complète : Ou bien la femme avait déjà subi une ovariectomie unilatérale, ou bien le second ovaire se montrera kystique.

Dans ce cas, mieux vaut en pratiquer l'ablation et ceci pour les raisons suivantes :

1° Il pourrait donner lieu à des complications analogues ;

2° Il se présente aisément à l'ablation, qui ne complique et ne prolonge guère l'intervention ;

3° Son ablation se justifie par les observations déjà publiées et auxquelles nous ajoutons la nôtre. Observations qui prouvent que la grossesse poursuivra son évolution malgré la castration totale.

Technique

L'anesthésie de choix sera la narcose générale. On rejettera l'anesthésie rachidienne qui pourrait provoquer des contractions utérines. (Prof. Brindeau : Interventions chirurgicales au cours de la grossesse.)

La voie d'abord de choix sera la voie abdominale avec incision médiane.

On éliminera la voie vaginale, aveugle, dangereuse, contraire aux principes directeurs de la chirurgie actuelle qui exige avant tout clarté et netteté dans l'acte opératoire.

L'opération elle-même, à part une vascularisation plus intense, ne sera pas plus difficile chez la femme enceinte, on la pratiquera avec prudence en mobilisant le moins possible l'utérus. On extériorisera le kyste de préférence sans ponction.

On ne drainera pas.

La paroi sera fermée solidement en 3 plans, avec utilisation de crins profonds.

Dans les jours qui suivront l'intervention, la malade sera soumise à la morphine et aux opiacés afin d'éviter le plus possible l'avortement.

Pour la même raison, le lever sera tardif : du quinzième au vingtième jour.

Les suites opératoires sont généralement simples : Les complications le plus souvent rencontrées sont l'avortement et quelquefois la phlébite.

L'accouchement ne présentera rien de spécial, on

n'hésitera pas, en raison de la cicatrice, à pratiquer une application de forceps si l'expulsion est trop longue.

En résumé, l'intervention est utile, sans gravité si on prend les précautions indiquées, et elle permettra un accouchement normal, la voie ayant été ainsi préalablement désobstruée du kyste prævia.

Conclusions

I. — L'ovariotomie double au cours des premières semaines de la grossesse a fait le sujet d'un certain nombre d'études. L'observation rapportée ici d'un cas semblable observé à la Maternité Clinique de Nantes, et suivi très complètement, a motivé cette thèse.

II. — L'ovariotomie double a été pratiquée presque toujours pour rupture ou torsion d'un kyste ou de deux kystes des ovaires. A l'occasion de l'opération on a fait l'ablation de l'autre ovaire se révélant comme kystique [ou bien il peut s'agir d'une femme déjà privée d'un ovaire par une intervention antérieure (grossesse tubaire)].

III. — *Dans la plupart des cas, l'ovariotomie n'entraîne pas, par elle-même, l'interruption de la grossesse.* Il s'ensuit que l'ablation du corps jaune ne gêne pas le développement de la grossesse lorsque la nidation est terminée.

IV. — L'accouchement a lieu normalement ainsi que la délivrance.

V. — La sécrétion lactée n'est pas diminuée par l'ovariotomie double. il semble même qu'elle soit plutôt favorisée.

VI. — L'intervention ne comporte pas de technique très particulière : Narcose générale. Ménagement de l'utérus gravide au cours des manipulations opératoires. Opiacés dans les suites opératoires. Lever tardif afin d'éviter l'avortement post-opératoire.

VII. — Il est remarquable dans notre observation de noter que la grossesse s'est poursuivie avec plein succès, malgré l'existence d'une syphilis acquise soignée seulement tardivement, syphilis qui se surajoutait comme complication gravidique au kyste tordu.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la Thèse,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

- ALVRESPRINTO. — Kystes compliquant la gestation, le travail et les suites de couches.
- ARAYA et CARBO (Rosario). — Contribution à l'étude de la torsion des kystes de l'ovaire *In Revista médica latino America*, novembre 1927).
- BOUIN et ANCEL. — Glande mammaire et corps jaune (*Presse médicale*, 1911 et 1925).
- BRINDEAU (A.) et JUGE. — Des interventions chirurgicales pendant la grossesse (*Gynécol. et Obstétr.*, 1926).
- BOURDIN. — Kystes dermoïdes dans leurs rapports avec la grossesse.
- CATHALA. — L'ablation du corps jaune chez la femme (*In Frommels Beitrages*, 1912).
- CARTER S. FLEMING. — Volumineux kystes de l'ovaire à pédicule tordu compliquant la grossesse (*The American Journal of Obstétr.*, décembre 1920).
- CHIRIÉ. — Le corps jaune (*L'Obstétrique*, 1911).
- COMMANDEUR. — Tumeurs abdominales in « Pratique de l'art des accouchements » (Brindeau).
- COUVRIER et KELH. — Sur la durée de l'activité lutéinique pendant la gestation (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, juin 1929).
- ESSEN MÖLLER. — *Zentralbl. f. gynack*, 1904.
- KELLER (R.), (Strasbourg). — Traitement des tumeurs kystiques des ovaires pendant la grossesse et l'accouchement (*Soc. Obstétr. et Gynéc. de Strasbourg*, décembre 1925).

- FORGUE (Montpellier). — Kystes de l'ovaire et grossesse (*Paris Médical*, 1928).
- FRAENCKEL. — *Arch. f. gynack.*
- HELVESTINE (Charlotterville). — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (*The Amér. Journal of Obst. and Gynec.*, février 1925).
- DE JOUG. — *Thèse Paris*, 1914.
- GROSSE (Nantes). — Ovariectomie double pour kystes ovariens bilatéraux pendant la grossesse (*Annales Gynec. et Obstétr.*, 1919).
- LAURENTIE. — Kyste de l'ovaire et grossesse (*Soc. Obstr. et Gynecol. de Toulouse*, mai 1927).
- LEROUX (Nantes). — Nécrobiose des fibromes durant la grossesse (*Paris* 1923).
- MOULONGUET, DOLERIS. — La glande à sécrétion interne de l'ovaire humain (*Thèse Paris*, 1923).
- MULON (Mme C.). — Fonctions du corps jaune (*Paris*, 1917).
- NISCOUBINA. — *Thèse Nancy*, 1909.
- PORCHER. — Etude physiologique de la sécrétion lactée (*In Traité physiol. normale et path. de Roger*).
- REGAUD et DUBREUIL. — *Compte rendu Soc. Biol.*, 1907, 1908, 1909.
- REMY. — Kyste ovarique et grossesse (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1922).
- RONVILLE (De), (Montpellier). — Un cas de grossesse diagnostiqué par l'ovariectomie exploratrice et la recherche du corps jaune gravidique (*Revue franç. Gyn. et Obstétr.*, juillet 1928).
- SCHICKELÉ. — Action biologique du corps jaune et de la glande interstitielle de l'ovaire (*Rapp. Congrès Gynecol. de langue française*, 1925).
- VIGNES. — Physiologie obstétricale normale et pathol.
- VITAL AZA. — Torsion de quiste ovarico durante el embarazo (*In La Clinica Castellana*, t. XXXIII, août 1926).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
OBSERVATION CLINIQUE.....	15
CHAPITRE PREMIER. — Kystes de l'ovaire préexis- tant à la grossesse.....	19
CHAPITRE II. — Torsion du pédicule du kyste à l'occasion de la grossesse.....	21
CHAPITRE III. — Rôle du corps jaune. Ovarioto- mie bilatérale au cours de la grossesse...	25
CHAPITRE IV. — Corps jaune et allaitement....	31
INTERVENTION	35
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	41



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



